

بررسی ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی در رویکردها و برنامه‌های پیشگیری از سوءمصرف کننده مواد

مهری سادات موسوی^۱، بهجت یزدخواستی^۲، علیرضا محسنی تبریزی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۱۰

چکیده

هدف: هدف از نگارش این مقاله ارزیابی سهم ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی در رویکردها و برنامه‌های مختلف پیشگیری از مصرف مواد در بین نوجوانان است. **روش:** ابتدا با استفاده از روش پیمایش، ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی و همچنین نگرش نسبت به مواد در بین ۶۰۰ نفر از دانش آموزان عادی، و پرخطر ۱۴ الی ۱۷ سال شهر تهران که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از پنج بخش جغرافیایی این شهر انتخاب شده بودند، سنجیده شد. ابزار مورد استفاده در این بخش شامل پرسش‌نامه‌های ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی و رفتارهای پرخطر بود. سپس با استفاده از تحلیل متن و تهیه چک‌لیستی مبتنی بر نتایج بخش پیمایش، مؤلفه‌های ابعاد اجتماعی بهزیستی که در نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد مؤثر بودند، در رویکردها و مداخلات پیشگیری از مصرف مواد در بین نوجوانان مورد بررسی قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بیشترین توجه به بعد یکپارچگی اجتماعی و کمترین توجه به عدالت اجتماعی بوده است. از کل توجه رویکردهای شش‌گانه به ابعاد اجتماعی یادشده، بیشترین امتیاز متعلق به رویکرد سیستماتیک و پس از آن رویکرد نفوذ اجتماعی، رویکرد اجتماع‌محور، رویکرد ارتقای شایستگی، رویکرد پرورش عاطفی و رویکرد آگاهی‌رسانی در رتبه‌های بعد قرار گرفتند. **نتیجه‌گیری:** بیشترین توجه در برنامه‌ها به بعد پذیرش اجتماعی و پس از آن یکپارچگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و در حد ناچیزی شکوفایی اجتماعی بوده است. متأسفانه مؤلفه‌های عدالت اجتماعی و امنیت اجتماعی جایی در بین برنامه‌ها و مداخلات به خود اختصاص نداده‌اند.

کلیدواژه‌ها: سوء مصرف مواد، بهزیستی ذهنی، رویکردهای پیشگیری، مداخلات و برنامه‌های پیشگیری

۱. مربی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی و دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران، پست الکترونیکی: b.yazdkasti@ltr.ui.ac.ir

۳. استاد گروه علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

بسیاری از رویکردهایی که طی بیش از سی سال گذشته در حوزه پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در کشور مطرح و دنبال شده، در جهت توسعه رویکردهای مؤثر پیشگیری به منظور به کارگیری در مدارس بوده است. این رویکردها عمدتاً دانش آموزان دبیرستانی را با بهره گیری از مداخلات کلاسی هدف قرار داده اند. شاید یکی از دلایل توجه به این گروه، مناسب بودن موقعیت مدرسه برای اجرا و آزمون برنامه های مداخله ای مواد مخدر باشد؛ چرا که دسترسی مناسبی به تعداد زیادی از نوجوانانی فراهم می کند که در این سنین شروع به تجربه دخانیات، الکل، ماریجوانا و سایر مواد می نمایند. در سال ۱۳۸۹ سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد در ۱۲ بخش توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر تدوین شد که در هدف کلان آن به کاهش میزان بروز اعتیاد و قرار دادن حداقل ۴۰ درصد از جمعیت کشور، تحت پوشش برنامه های استاندارد پیشگیری در بین سال های (۱۳۹۳-۱۳۸۹) اشاره شد. تجارب سایر کشورها نیز حاکی از تأثیر گذار بودن برنامه های پیشگیری است. پیشگیری از مصرف و سوء مصرف مواد برای بسیاری از مدارس کشورهای غربی به یک اولویت عمده تبدیل شده است (کوئیچر^۱، ۲۰۰۲). در ازای هر یک دلار هزینه کرد پیشگیری در حوزه مواد، حداقل ده دلار در هزینه های سلامت، اجتماعی و کیفری و جزایی آینده صرفه جویی به عمل می آید (اسپات، کوانا، و دیشیون^۲، ۲۰۰۶).

بنا به گزارش جهانی مواد در سال ۲۰۱۷، ۵ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله دنیا (۲۵۰ میلیون نفر) طی سال ۲۰۱۵ حداقل یک بار مواد غیر مجاز مصرف کرده اند. حدود نیمی از موارد گزارش شده مصرف مداوم مواد را گزارش کرده اند یعنی حداقل یک بار در ماه مواد مصرف کرده اند. طبق جدیدترین گزارشات، کانابیس (شامل حشیش و ماریجوانا) شایع ترین ماده غیرقانونی مصرف شده است که ۳/۸٪ جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله دنیا (۲۳۸ میلیون نفر) آن را حداقل یک بار طی سال ۲۰۱۵ مصرف کرده اند. آفتامین ها دومین ماده پر مصرف با حدود ۳۵ میلیون مصرف بوده اند. مصرف این مواد خصوصاً متامفتامین در

1. Cuijpers

2. Spoth, Kavanaugh, Dishion

بسیاری از مناطق رو به افزایش بوده است (گزارش سازمان جهانی دارو، ۲۰۱۷). نزدیک به ۷۰ درصد دانشجویان اولین تجربه مصرف سیگار را در دوران مدرسه تجربه کرده‌اند (یعقوبی، ۱۳۹۲). بنابراین توجه به گروه دانش‌آموزی و آشنایی با وضعیت مصرف مواد اعتیادآور در بین آن‌ها می‌تواند به انجام اقدامات مبتنی بر شواهد، یاری رساننده و مؤثر واقع شود. بر اساس نتایج آخرین پیمایش ملی شیوع‌شناسی مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، میزان شیوع مصرف سیگار در مردان گروه سنی ۱۵ الی ۲۹ سال، ۸/۶ برابر زنان است و اولین تجربه‌های مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و مواد در اواخر دوره دبیرستان و ابتدای ورود به اجتماع و دانشگاه صورت می‌پذیرد (روشن‌پژوه، ۱۳۹۴). به طوری که نرخ سوء مصرف مواد در دانش‌آموزان با روش‌های خود اظهاری بین ۳٪ تا ۴٪ درصد (بشیریان، حیدرنیا، ... وردی‌پور، و حاجی‌زاده، ۱۳۹۱) گزارش شده است.

روان‌شناسان، اغلب در تعیین سطح بهزیستی ذهنی افراد، به گزارش ساده افراد از میزان شادمانی‌شان اکتفاء می‌کنند. به ویژه این که اعضای فرهنگ‌های متفاوت ممکن است به دیدگاه‌های متفاوتی از شادمانی شامل تعریف، معنی و راه‌های تلاش در جهت رسیدن به آن، کشیده شوند. این در حالی است که تحقیقات معاصر شادمانی، منحصر به تعاریفی شده که به ارزش‌ها و مدل‌های نظام فرهنگی غرب ارجاع دارد. به نظر می‌رسد در اغلب پژوهش‌های مرتبط با بهزیستی ذهنی، توجهی به ابعاد اجتماعی آن نمی‌شود. در بسیاری از موارد ابعاد روان‌شناختی بهزیستی ذهنی، خود تحت تأثیر ابعاد اجتماعی آن شکل می‌گیرد و بی توجهی به این ابعاد، ما را از شناخت صحیح بهزیستی ذهنی افراد و دلایل تمایز آن در بین افراد مختلف، محروم می‌نماید. شناخت ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی و تدوین مدلی که مقتضیات فرهنگی اجتماعی بهزیستی ذهنی را مورد توجه قرار دهد، می‌تواند در درک عمیق‌تر سوء مصرف مواد در بین دانش‌آموزان مؤثر واقع شود و در کارآمدی برنامه‌های پیشگیری نقش مهمی ایفا نماید. ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی معرف ارزیابی فرد از مؤلفه‌های مؤثر اجتماعی در زندگی او و عملکردش در محیط اجتماعی است. ابعاد

اجتماعی بهزیستی ذهنی شامل احساس عدالت اجتماعی^۱، یکپارچگی اجتماعی^۲، مشارکت اجتماعی^۳، پذیرش اجتماعی^۴، شکوفایی اجتماعی^۵، و احساس امنیت اجتماعی^۶ می‌شوند (موسوی، ۱۳۹۷).

عدالت اجتماعی یکی از دلالت‌های مفهوم عدالت است که منظور از آن تخصیص «منصفانه» منابع در یک جامعه است. سازمان ملل مفهوم عدالت اجتماعی را «توزیع عادلانه و دلسوزانه ثمره‌های رشد اقتصادی» می‌داند (سازمان ملل، ۲۰۰۶). احساس عدالت، برآیندی از ذهنیت و عینیت عدالت در جامعه است (نوایی لواسانی، صدیق سروستانی، و زاهدی مازندرانی، ۱۳۹۲). در این تحقیق، احساس عدالت عمومی به دست دولت را نشان می‌دهد. احساس عدالت رویه‌ای، مبین رعایت عدالت و انصاف در رویه‌های جامعه و نیز رویه‌های سازمانی است (هزارجریبی، ۱۳۹۰). افراد عدالت را از برخورد نیز استنباط می‌کنند که در روابط متقابل شخصی با آنان می‌شود که از آن به عدالت مرادده‌ای تعبیر می‌شود. این عدالت بیان می‌کند که افراد حق ندارند در مسیر رسیدن به اهداف عادلانه، مرادداتی غیر عادلانه را بین خود و دیگران رقم بزنند (رگو و کانها، ۲۰۰۶). بعضی عدالت مرادده‌ای را به دو جزء فرعی تقسیم می‌کنند: جزء فرعی اول، همان رفتار منصفانه، مؤدبانه و محترمانه را شامل می‌شود و جزء فرعی دوم توضیحات و گزارش‌های اجتماعی است که دلیل اتفاقات ناگوار و ناخوشایند را بیان می‌کند. یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی فرد از روابطش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند سهم می‌داند. زمانی فرد احساس همبستگی با اجتماع خود دارد که در آن مردم احساس کنند چیز مشترکی بین آن‌ها و کسانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند وجود دارد. شکوفایی اجتماعی عبارت از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. شکوفایی اجتماعی شامل

1. Sense of Social Justice
2. Social Actualization
3. Social Acceptance
4. Social Integration

5. Social Contribution
6. Sense of Social Security
7. Rego, & Cunha

درک افراد از این موضوع است که آن‌ها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و این که نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند. در حالی که خودمختاری عبارت است از حس کنترل شخصی بر سرنوشت خویش، شکوفایی اجتماعی دربرگیرنده این درک است که جامعه کنترل آینده خود را در دست دارد. با توجه به دیدگاه‌های کیز، این مفهوم خصوصیت مشترکی با مفهوم خودشناسی مازلو دارد و بی‌ارتباط با تأکید ریف بر رشد فردی نیست. شکوفایی اجتماعی انعکاس میزان کارکرد مناسب افراد است که حاصل و ثمره استقبال آن‌ها از تجربیات جدید و رشد مداوم است. شکوفایی اجتماعی به موازات خودمختاری، به معنای توانان جامعه برای کنترل فرد است. تمرکز اصلی در شناسایی پتانسیل اجتماعی هم معطوف به درون‌مایه پتانسیل اجتماعی و توسعه آن به عنوان خودشناسی خوشبختی و رشد فردی است. کارکرد بهینه ناشی از باز بودن فرد در برابر تجربیات تازه و تلاش برای رشد دائم است. شکوفایی اجتماعی هم این ایده‌های مربوط به رشد و توسعه را در برمی‌گیرد.

۸۷

87

پذیرش اجتماعی، نسخه اجتماعی پذیرش خود است. پذیرش اجتماعی یعنی احساس پذیرفته شدن در گروه‌های اجتماعی که فرد علاقه‌مند و مشتاق به عضویت در آن‌هاست. پذیرفته شدن در گروه ناشی از ارزشی است که فرد در گروه دارد و این ارزش گاه می‌تواند ناظر به منافع مادی باشد و گاه فی‌نفسه به خاطر خود فرد و فارغ از منافع مادی. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توأمان می‌پذیرند نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند. منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است. پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است که همگی آن‌ها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند. کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به طور کلی سازنده هستند. افرادی که دارای این بعد از سلامت هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند و باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. در پذیرش

اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد. مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می‌داند و تصور می‌کند چیزهای ارزشمندی برای عرضه به جامعه دارد. مشارکت اجتماعی یعنی چه میزان فرد احساس می‌کند که آنچه انجام می‌دهد در نظر اجتماع ارزشمند و در رفاه عمومی مؤثر است.

مفهوم امنیت اجتماعی برای اولین بار در سال ۱۹۹۳، با عنوان «مکتب کپنهاگ» و توسط اندیشمندانی نظیر لمیتر، باری بوزان و ال ویور^۱ مطرح شده است (ریچل^۲، ۲۰۰۶). بوزان یکی از ابعاد امنیت را امنیت اجتماعی می‌داند. امنیت اجتماعی در واقع، توانایی جامعه در دفاع از ویژگی‌های اساسی خود در برابر حوادث، واکنش‌ها، تغییرات و تهدیدهای واقعی و احتمالی است. امنیت اجتماعی زمانی مطرح می‌شود که جامعه در رابطه با هویتش احساس خطر می‌کند (هی‌شین، ۲۰۱۰). به‌طور کلی امنیت اجتماعی به قلمروهایی از حریم افراد اطلاق می‌شود که در تعامل و ارتباط با دیگر افراد جامعه، سازمان‌ها و دولت نمود می‌یابد (مولر^۳، ۲۰۰۰). احساس امنیت اجتماعی به فقدان هراس از تهدید شدن یا به مخاطره افتادن ویژگی‌های اساسی و ارزش‌های انسانی و نبود ترس از تهدید حقوق و آزادی‌های مشروع گفته می‌شود (افشانی و ذاکری، ۱۳۹۱). احساس امنیت، یکی از مفاهیم مرتبط با امنیت است که حاصل اعتماد به تعاریفی از زندگی است که هویت و هستی انسان بر مبنای آن سامان می‌گیرد و این احساس در خانواده، پی‌ریزی می‌شود. این امر بر پایه اعتماد بنیادین، ریشه در لطف و محبت بی‌دریغ والدین، به ویژه مادر دارد. «احساس امنیت دارای ویژگی‌های زیر است:

احساس امنیت، ذهنی است؛ احساس امنیت به خودی خود، قابل تعریف نیست و بر مبنای بود و نبود خطر، قابلیت تعریف می‌یابد؛ احساس امنیت یک فرایند است، در طول زمان جریان دارد و در هر لحظه براساس برآورد خطر تغییر می‌پذیرد؛ این وجه ذهنی امنیت، مهم‌تر از جنبه عینی آن است؛ احساس امنیت، ضمن اطمینان به شناخت‌ها، هستی

1. Lemaiter, Barry Buzan, & Ole Waever

2. Rischel
3. Moller

شناختی فرد را سامان می‌بخشد و پایه و بنیان وجود آدمی را در می‌نوردد» (گیدنز، ۱۳۷۷).

در مطالعات نظری، ابعاد مختلفی برای امنیت اجتماعی بیان شده است. در پژوهش ساروخانی و نویدنیا (۱۳۸۵)، بیات (۱۳۸۸)، و افشار (۱۳۸۵) ابعاد جانی، شغلی، عاطفی، مالی و فکری؛ مورد توجه قرار گرفته است. در مطالعات انجام شده توسط آقایی و تیمورتاش (۱۳۸۹)، دلاور و رضایی (۱۳۸۶)، عبدی، شرافتی‌پور، و سجادی (۱۳۸۸)، سیاح البرزی و صالحی (۱۳۹۴) امنیت اجتماعی شامل امنیت جانی، امنیت مالی، امنیت فرهنگی، امنیت خانوادگی، امنیت اخلاقی و امنیت اقتصادی می‌باشد. بوزان از تئوری پردازان مکتب کپنهاک نیز ابعاد اعتقادی، اخلاقی و فرهنگی را برشمرده است (۱۹۹۸). در مجموع می‌توان اظهار داشت که در مکتب کپنهاک، ابعاد هویتی و فرهنگی دو بعد مهم امنیت اجتماعی را تشکیل می‌دهند. چلی (۱۳۸۴) نیز با استناد به تئوری پارسونز، چهار علقه مادی، جانی، فکری و جمعی را علقه‌های امنیت در جامعه معرفی نموده است. معنای ذهنی امنیت فرهنگی به معنای فقدان ترس از هجمه‌هایی است که ارزش‌ها، آداب و رسوم، اعتقادات و باورها را در معرض خطر استحاله یا نابودی قرار می‌دهد (صالحی امیری و افشاری نادری، ۱۳۹۰). امنیت فکری نیز نداشتن نگرانی در ابراز افکار و نظر و همچنین عدم پریشانی فکری است. هدف از نگارش این مقاله ارزیابی سهم ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی در رویکردها و برنامه‌های مختلف پیشگیری از مصرف مواد در بین نوجوانان است. بهزیستی ذهنی، سازه‌ای متشکل از ابعاد مختلف است.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

برای دستیابی به هدف تحقیق، ابتدا لازم بود مهم‌ترین ابعاد اجتماعی بهزیستی که در نگرش مثبت دانش‌آموزان نسبت به مصرف مواد نقش دارند شناسایی شود. بدین منظور با استفاده از روش پیمایشی، نمونه‌ای به حجم ۶۰۰ نفر از دانش‌آموزان ۱۴ تا ۱۷ ساله شهر تهران به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شد. سپس پرسش‌نامه‌ها در بین آنان توزیع شد. با توجه به نتایج پرسشنامه‌های تکمیل شده، دانش‌آموزان به دو گروه عادی

(۴۰۰ نفر) و پرخطر (۲۰۰ نفر) تقسیم شدند. پس از تحلیل نتایج پیمایش، با استفاده از مطالعه کیفی از نوع تحلیل اسناد و تهیه چک لیستی مبتنی بر مؤلفه‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت نسبت به مواد داشتند، سهم این مؤلفه‌ها در رویکردها و مداخلات پیشگیری از سوء مصرف در بین نوجوانان مورد بررسی قرار گرفت.

ابزارها

۱- پرسش‌نامه ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی: این پرسش‌نامه با استفاده از رویکردهای نظری موجود و روش دلفی ساخته شده است. دارای ۶ شاخص و ۸۹ گویه است. ابعاد اجتماعی سنجش شده در این سنجش عبارتند از: احساس امنیت اجتماعی، احساس عدالت اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و مشارکت اجتماعی. موسوی (۱۳۹۷) اعتبار آن را ۰/۹۵ گزارش کرده است. در سنجش ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی، احساس عدالت اجتماعی شامل ۳ شاخص عدالت رویه‌ای، توزیعی و مراوده‌ای است که با ۱۲ گویه سنجیده می‌شود. یکپارچگی اجتماعی شامل سه شاخص تعلق اجتماعی (متشکل از احساس تعهد، احساس هویت مشترک و ارزشهای مشترک)، احساس ارزشمندی اجتماعی و رضایت از محیط زندگی است که در مجموع با ۱۸ گویه سنجیده می‌شود. شکوفایی اجتماعی شامل ۳ شاخص امید به بهبود شرایط زندگی، باور به پیشرفت اجتماعی و معنادار دانستن زندگی است که با ۹ گویه سنجیده می‌شود. پذیرش اجتماعی شامل همدلی اجتماعی (همدلی خانواده، دوستان و دیگران)، حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و دیگران) و اعتماد اجتماعی (اعتماد بین شخصی و اعتماد نهادی) است که با ۲۴ گویه سنجیده می‌شود. مشارکت اجتماعی شامل سه شاخص مشارکت در شبکه خانوادگی، دوستان و شبکه اجتماعی است که با ۱۲ گویه سنجیده می‌شود. امنیت فرهنگی، فکری و جانی و مالی در سنجش حاضر به عنوان مهم‌ترین ابعاد امنیت اجتماعی در نظر گرفته شد که با ۱۴ گویه سنجیده می‌شود.

۲- پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر: با اقتباس از پرسش‌نامه‌ی مرکز پیشگیری از رفتارهای پرخطر (مرکز کنترل بیماری‌ها، ۲۰۰۸) طراحی شده است (مرکز مدیریت بیماری‌ها،

۲۰۱۵-۲۰۰۸؛ محمدخانی، ۱۳۹۵-۱۳۸۵). این ابزار شامل دو بخش جمعیت شناختی و رفتارهای پرخطر است که شیوع ۷ گروه از رفتارهای پرخطر مانند (۱) مصرف سیگار و قلیان، (۲) مصرف مشروبات الکلی، (۳) مصرف مواد روان گردان، (۴) رفتارهای پرخاشگرانه (۵) فکر و اقدام به خودکشی، (۶) فرار (۷) ارتباط با جنس مخالف را مورد ارزیابی قرار می دهد. همچنین نگرش نسبت به مواد با استفاده از ۱۰ گویه استاندارد شده در این پرسش نامه قابل سنجش است. این پرسش نامه میزان شیوع رفتارهای پرخطر را در طول عمر، ۱۲ ماه گذشته و یک ماه اخیر و تمایل به مصرف انواع مواد در آینده را ارزیابی می کند. محمدخانی (۱۳۸۶) اعتبار آن را ۰/۸۷ گزارش کرده است.

یافته ها

با توجه به شاخص نگرش نسبت به مواد مشاهده شد که صرفاً ۷/۱ درصد از دانش آموزان پرخطر با این باورند که «برای شادی و تفریح اشکالی ندارد که گاهی آدم مواد مخدر مصرف کند» کاملاً مخالف بودند. در حالی که ۵۴/۱ درصد از افراد عادی کاملاً مخالف این گزینه بودند. همین تفاوت در سایر پاسخ ها مشاهده شد. با توجه به معناداری کای اسکوئر می توان اذعان به وجود تفاوت نگرش ها در خصوص مواد در جامعه آماری نیز داشت. معناداری ضریب همبستگی وی کرامر بیانگر وجود رابطه بین ویژگی های دانش آموزان با نگرش آن ها نسبت به مصرف مواد بود. در مجموع ۶۷ درصد از دانش آموزان پرخطر نگرش مثبتی به مصرف مواد داشتند. صرفاً ۴/۵ درصد در مجموع نگرشی منفی داشته و با گزینه های مطرح شده مخالفت نمودند. جهت بررسی نقش پیش بینی کنندگی ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی در تمیز نگرش مثبت و منفی به مصرف مواد، از تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شده است که نتایج آن به شرح ذیل است:

جدول ۱: خلاصه مدل رگرسیون نگرش نسبت به مصرف مواد بر اساس ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی

الگاریتم درست نمایی	ضریب تعیین کاکسل و اسنل	ضریب تعیین نیجل کرک
۳۲۲/۹۱۹	۰/۳۹۹	۰/۵۶۳

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود مقادیر هر دو آماره ضرایب تعیین بیانگر آن است که پیش بینی کننده ها توانسته اند بین ۳۹/۹ تا ۵۶/۳ درصد از تغییرات وضعیت نگرش نسبت به مصرف مواد را تبیین کنند. همچنین آزمون هاسمر و لیمشو^۱ ($P > ۰/۰۵$) و $\chi^2 = ۱۵/۶۵۹$) نشان داد از آنجا که مقدار معناداری بالای ۰/۰۵ است فرض صفر مبنی بر توزیع قابل قبول داده ها توسط مدل و برازش مدل مورد تأیید است. درصد صحیح تفکیک کنندگی متغیرهای پیش بینی کننده در تفکیک دو گروه نگرش مثبت/منفی به مصرف مواد در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره های توصیفی صحت پیش بینی کنندگی در تفکیک گروهی

نگرش نسبت به مواد			
مشاهده شده	نگرش منفی به مصرف مواد	نگرش مثبت به مصرف مواد	درصد صحیح
نگرش منفی به مصرف مواد	۲۸۲	۲۶	۹۱/۶
نگرش مثبت به مصرف مواد	۴۲	۹۵	۶۹/۳
درصد کل			۸۴/۷

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، ۲۸۲ نفر از افرادی که نگرش منفی به مصرف مواد داشتند (۹۱/۶٪) و ۹۵ نفر از افرادی که نگرش مثبت به مصرف مواد داشتند (۶۹/۳٪) به درستی به گروه های خود اختصاص یافته اند به گونه ای که در مجموع پیش بینی کننده ها با صحت ۸۴/۷٪ توانسته اند افراد را با صحت به گروه های خود تخصیص دهند. جدول ضرایب رگرسیون لجستیک بر اساس ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی در جدول ۳ ارائه شده است.

1. Hosmer, & Lemeshow

جدول ۳: جدول ضرايب رگرسيون تفكيك گروهی بر اساس شاخص های ابعاد اجتماعي بهیستی ذهني

مولفه‌ها	B	خطای استاندارد	والد	معناداری	Exp(B)	درصد تغییر در نسبت شانس
معنادر دانستن زندگی	-۰/۷۳۸	۰/۱۳۴	۳۰/۴۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۷۸	-۵۲/۱۷۰
مشاركت در شبکه خانوادگی	-۰/۲۴۹	۰/۰۷۴	۱۱/۳۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸۰	-۲۲/۰۴۳
ارزشمندی اجتماعي	-۰/۲۳۰	۰/۰۷۰	۱۰/۶۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵	-۲۰/۵۱۷
احساس تعهد	-۰/۲۱۲	۰/۱۲۳	۲/۹۶۳	۵۴۰/۰	۰/۸۰۹	-۱۹/۱۳۶
امید به بهبود شرایط زندگی	-۰/۱۹۴	۰/۰۷۴	۶/۸۷۸	۰/۰۰۹	۰/۸۲۴	-۱۷/۶۲۸
ارزش‌های مشترك	-۰/۱۹۰	۰/۰۷۹	۶/۸۸۰	۰/۰۰۸	۰/۸۲۷	-۱۷/۳۲۸
احساس عدالت مروده ای	-۰/۱۸۷	۰/۰۷۲	۷/۴۷۸	۰/۰۰۷	۰/۸۲۹	-۱۷/۱۲۸
امنیت فرهنگی	-۰/۱۸۲	۰/۰۶۹	۸/۹۱۵	۰/۰۰۸	۰/۸۳۱	-۱۶/۹۱۶
اعتماد نهادی	-۰/۱۷۶	۰/۰۶۶	۸/۸۱۵	۰/۰۰۴	۰/۸۳۳	-۱۶/۷۱۶
دوستی و همبستگی	-۰/۱۷۱	۰/۰۵۸	۸/۷۱۵	۰/۰۰۳	۰/۸۴۳	-۱۵/۷۱۶
همدلی خانواده	-۰/۱۶۶	۰/۰۹۹	۲/۷۹۵	۵۵۰/۰	۰/۸۴۷	-۱۵/۲۹۱
امنیت مالی	-۰/۱۳۰	۰/۰۸۴	۲/۳۸۵	۰/۱۲۲	۰/۸۷۸	-۱۲/۲۱۷
اعتماد بین شخصی	-۰/۱۲۰	۰/۰۸۸	۱/۸۵۴	۰/۱۷۳	۰/۸۸۷	-۱۱/۳۰۵
همدلی دوستان	-۰/۱۱۰	۰/۰۸۰	۱/۸۷۳	۰/۱۷۱	۰/۸۹۶	-۱۰/۴۱۷
حمایت خانواده	-۰/۰۷۳	۰/۱۰۶	۰/۴۶۷	۰/۴۹۴	۰/۹۳۰	-۶/۹۹۷
احساس عدالت رویه ای	-۰/۰۵۸	۰/۱۰۸	۰/۲۸۸	۰/۵۹۲	۰/۹۴۴	-۵/۶۱۶
رضایت از محیط زندگی	-۰/۰۵۶	۰/۰۶۳	۰/۷۶۸	۰/۳۸۱	۰/۹۴۶	-۵/۴۰۰
امنیت فکری	-۰/۰۴۳	۰/۰۵۴	۰/۶۴۱	۰/۴۲۳	۰/۹۵۸	-۴/۲۳۷
احساس عدالت توزیعی	-۰/۰۴۳	۰/۰۶۸	۰/۴۰۷	۰/۵۲۴	۰/۹۵۸	-۴/۲۳۰
باور به پیشرفت اجتماعي	-۰/۰۳۷	۰/۰۹۰	۰/۱۶۵	۰/۶۸۵	۰/۹۶۴	-۳/۶۰۱
حمایت دیگران	۰/۰۲۷	۰/۰۶۷	۰/۱۶۷	۰/۶۸۳	۱/۰۲۸	۲/۷۵۸
امنیت جانی	۰/۰۵۴	۰/۰۸۷	۰/۳۷۸	۰/۵۲۸	۱/۰۵۵	۵/۵۱۲
مشاركت در شبکه اجتماعي	۰/۱۱۷	۰/۰۵۰	۵/۵۵۰	۰/۰۱۸	۱/۱۲۴	۱۲/۴۲۱
حمایت دوستان	۰/۱۵۶	۰/۰۶۷	۵/۳۲۳	۰/۰۲۱	۱/۱۶۸	۱۶/۸۳۸
همدلی دوستان	۰/۱۸۰	۰/۱۱۲	۲/۵۶۹	۰/۱۰۹	۱/۱۹۷	۱۹/۷۰۸
همدلی دیگران	۰/۱۸۵	۰/۰۶۸	۷/۵۱۱	۰/۰۰۶	۱/۲۰۳	۲۰/۳۴۳
مشاركت در گروه دوستان	۰/۲۱۴	۰/۰۷۵	۸/۱۵۵	۰/۰۰۴	۱/۲۳۹	۲۳/۸۶۸

با توجه به جدول ۳ مشاهده می شود که یک واحد تغییر در معنادار دانستن زندگی با ۵۲ درصد کاهش نسبت شانس نگرش مثبت به مصرف مواد همراه است. چنین کاهش نسبت شانسی با مشارکت در شبکه خانوادگی (۲۲٪)، ارزشمندی اجتماعی (۲۰/۵٪)، احساس تعهد (۱۹٪)، امید به بهبود شرایط زندگی (۱۷/۶٪)، ارزش های مشترک (۱۷/۳٪)، احساس عدالت مراوده ای (۱۷٪)، امنیت فرهنگی (۱۶/۹٪)، اعتماد نهادی (۱۶/۷٪)، دوستی و همبستگی (۱۶/۷٪)، همدلی خانواده (۱۵/۳٪) نیز به چشم می خورد. فارغ از معناداری آماره والد، امنیت مالی (۱۲/۲٪)، اعتماد بین شخصی (۱۱/۳٪)، همدلی دوستان (۱۰/۴٪)، حمایت خانواده (۶/۹٪)، احساس عدالت رویه ای (۵/۶٪)، رضایت از محیط زندگی (۵/۴٪)، امنیت فکری (۴/۳٪)، احساس عدالت توزیعی (۴/۲٪) و باور به پیشرفت اجتماعی (۳/۶٪) با کاهش نسبت شانس نگرش مثبت به مصرف مواد همراه هستند.

مهم ترین مؤلفه های ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که در رویکردهای مختلف پیشگیری مورد توجه قرار گرفته اند به شرح ذیل بودند: ۱. همدلی با یکدیگر؛ ۲. آموزش دوستیابی و چگونگی برقراری ارتباط مؤثر؛ ۳. افزایش صمیمیت و نزدیکی کادر مدرسه با دانش آموزان/ ارتقای سطح معناداری و هدفمندی زندگی/ برگزاری جلسات مشترک والدین و کادر آموزشی جهت کاهش تضاد ارزشی خانه و مدرسه؛ ۴. تشویق والدین به داشتن فعالیت ها و تفریحات مشترک با فرزندان شان؛ ۵. آموزش چگونگی تأثیرگذاری هنجارها بر رفتار. با توجه به نتایج مطرح شده قبل، زیرشاخص هایی که رابطه ای معنادار با متغیر وابسته داشتند مشخص شدند. با توجه به اثرگذاری این ابعاد و زیرشاخص های آنها در نگرش مثبت یا منفی دانش آموزان به مصرف مواد، عدم توجه به این موارد در رویکردهای پیشگیری را می توان نقطه ضعف هر یک از آنان لحاظ نمود. در این بخش بر این نکته متمرکز شده ایم تا با در نظر گرفتن مهم ترین موارد مطرح در هر یک از رویکردهای پیشگیری و برنامه ها و اقداماتی که در راستای پیشگیری از مصرف مواد در بین نوجوانان به اجرا درمی آید، توجه به ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی فوق الذکر را در آن ها مورد ارزیابی قرار دهیم. پیش از ورود به این بخش به اختصار مهم ترین موضوعات مورد توجه در هر یک از رویکردها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: مؤلفه‌های مورد تأکید رویکردهای مختلف پی‌گیری

ویژگی	رویکرد آگاه‌سازی	رویکرد پرورش عاطفی	رویکرد اجتماع‌محور	رویکرد نفوذ اجتماعی	رویکرد ارتقای شایستگی	رویکرد سیستماتیک
استراتژی	دانش‌محور	محرك محور	اقدام‌محور	نظریه‌محور	مهارت‌محور	نظام‌محور
تمرکز اصلی	اطلاعات مربوط به داروشناسی و پیامدهای مضر جانی مصرف مواد	نیازهای روان‌شناختی افراد و توانمندسازی فردی	ارتقای مشارکت افراد	ایمنی‌سازی روانی، تصحیح‌هنجاری، آموزش مهارت‌های مقابله و مقاومت اجتماعی، آشنایی با فشار اجتماعی رسانه‌ها توجه به تأثیر خانواده/رسانه‌های گروهی/همسالان	مهارت‌های اجتماعی در کنار مهارت‌های فردی	ارتقای عاطفی، شناختی و هیجانی افراد مختلف درگیر در مجموعه. تأکید بر ارزش‌های درونی (تعهد).
محور فعالیت	دادن اطلاعات واقعی، نگرش و نهایتاً تغییر رفتار افراد به مصرف مواد تأکید بر غیراخلاقی بودن مصرف مواد استفاده از تاکتیک ترس	پرورش عزت نفس، خودآگاهی، خویش‌شناسی، تصمیم‌گیری مسئولانه، بهبود روابط بین فردی، ورزشی، موسیقی، هنری، مطالعه و .. برای از بین بردن کسالت آنان.	درگیر کردن افراد در فعالیتهای اجتماعی، مراکز تفریحی، برنامه‌های ورزشی، موسیقی، هنری، مطالعه و .. برای از بین بردن کسالت آنان.	آموزش نیازهای ضروری برای مقابله با فشارهای اجتماعی که منجر به مصرف مواد می‌شود. مواجهه با فشارهای ضعیف برای مصرف جهت افزایش مقاومت افراد آگاه کردن با ارائه اطلاعات صحیح در خصوص میزان شیوع مصرف یا تصحیح ادراکات آنها آشنایی با فنون تبلیغاتی برای تحت تأثیر قرار دادن افراد به منظور تأمین منافع اقتصادی فشارهای روانی، مهارت‌های روانی، جرات‌مندی	تغییر و تحول در تمامی ارکان (مثلاً در مدرسه کلیه ارکان آموزشی (معلم، ساختار مدیریت، مقاومت در برابر تأثیر رسانه‌های گروهی و افراد، مهارت‌هایی برای افزایش کنترل خود والدین) و عزت نفس، مهارت‌هایی برای مقابله مؤثر با استرس‌ها و فشارهای روانی، مهارت جرات‌مندی	تغییر و تحول در تمامی ارکان (مثلاً در مدرسه کلیه ارکان آموزشی (معلم، ساختار مدیریت، مقاومت در برابر تأثیر رسانه‌های گروهی و افراد، مهارت‌هایی برای افزایش کنترل خود والدین) و عزت نفس، مهارت‌هایی برای مقابله مؤثر با استرس‌ها و فشارهای روانی، مهارت جرات‌مندی

سه‌م شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی به‌زیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد دارند در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی دارای بیشترین رابطه با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد (در رویکردهای مختلف پیشگیری)

درصد کل	رویکردهای پیشگیری							شاخص‌ها و مؤلفه‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند
	درصد	فراوانی	مستقیم‌تیک	ارتقای تاب‌آوری	فناوری اجتماعی	اجتماع محور	پرورش عاطفی	
۴	۰	۰	-	-	-	-	-	محترمانه و عزت‌مدار رفتار نمودن کادر مدرسه با کلیه دانش‌آموزان
	۰	۰	-	-	-	-	-	ارائه توضیحات لازم کادر مدرسه و اولیا در خصوص هر تصمیمی که به دانش‌آموز نیز مرتبط است
۳	۱	۱	□	-	-	-	-	توجه به نیازها و ویژگی‌های شخصی دانش‌آموز توسط کادر مدرسه و اولیا به هنگام تصمیم‌گیری
	۳	۱	□	-	-	-	-	تشویق و تمرین تعهد داشتن نسبت به خانواده و جامعه
۳۸	۰	۰	-	-	-	-	-	توجه به ارتقای سطح هویت ملی
	۰	۰	-	-	-	-	-	توجه به برخورد یکسان با دانش‌آموزان فارغ از موقعیت و شرایط خانوادگی آنها
۹	۳	۳	□	□	□	-	-	آموزش سبک فرزندپروری به اولیا جهت ارتقای تعلق دانش‌آموز به خانواده
	۳	۱	□	-	-	-	-	برگزاری جلسات مشترک والدین و کادر آموزشی جهت کاهش تضاد ارزشی خانه و مدرسه
۹	۰	۰	-	-	-	-	-	توجه رسانه‌های جمعی و متولیان فرهنگی جامعه به ارتقای هویت ملی و ارزشهای مشترک در جامعه
	۳	۳	□	□	□	-	-	افزایش صمیمیت و نزدیکی کادر مدرسه با دانش‌آموزان
۱۳	۴	۴	□	□	□	-	□	دوستی و همبستگی آموزش دوست‌یابی و چگونگی برقراری ارتباط مؤثر با دیگران
	۰	۰	-	-	-	-	-	ارتقای سطح رفاقت و نه رقابت در سطح مدرسه
۱۶	۰	۰	-	-	-	-	-	امید به بهبود شرایط زندگی توجه کادر مدرسه و اولیا به تزیین امید به بهبود
	۳	۱	□	-	-	-	-	شرایط زندگی امکان تغییر آینده در سایه تلاش
۹	۳	۱	-	-	□	-	-	معنادار آموزش هدفمندی
	۳	۳	□	□	-	□	-	دانشتن ارتقای سطح معناداری و هدفمندی زندگی با استفاده از برنامه‌های علمی و فرهنگی

عدالت اجتماعی

تعلق اجتماعی

بکارگیری اجتماعی

دوستی و همبستگی

نیکی‌وایی اجتماعی

جدول ۵: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی دارای بیشترین رابطه با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد (در رویکردهای مختلف پیشگیری)

درصد کل	رویکردهای پیشگیری							شاخص‌ها و مؤلفه‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند		
	درصد	فراوانی	بسیما بیک	ارتقای شایستگی	فرد اجتماعی	اجتماع محور	پرورش عاطفی			آگاه‌سازی
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	همدلی والدین با فرزندانشان	اجتماعی
۱۶	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	همدلی دوستان با یکدیگر	
۱۶	۰	۰	-	-	-	-	-	-	ملزم نمودن مدارس و سایر سازمان‌ها به افزایش شفافیت و انجام فعالیت‌هایی که به ارتقای سطح اعتماد افراد منجر می‌گردد	
۰	۰	-	-	-	-	-	-	-	آموزش رفتارها و فعالیت‌هایی که موجب ارتقای سطح اعتماد بین شخصی و نهادی می‌گردد	
۶	۶	۲	۰	-	-	۰	-	-	تشویق والدین به داشتن فعالیت‌ها و تفریحات مشترک با فرزندانشان	مشاوره اجتماعی
۳	۱	-	۰	-	-	-	-	-	آموزش ارزشهای اخلاقی به صورت نظری و عملی در مدرسه	
۲۲	۶	۲	۰	-	۰	-	-	-	برگزاری جلسات آموزش اخلاق برای والدین	امنیت اجتماعی
۰	۰	-	-	-	-	-	-	-	آموزش چگونگی تأثیرگذاری هنجارها بر رفتار به دانش‌آموزان	
۰	۰	-	-	-	-	-	-	-	برخورد سازمان‌های متولی با هنجارشکنان و قانون شکنان	
۳	۱	۰	-	-	-	-	-	-	امکان بیان آزادانه افکار و عقاید در مدرسه	
۰	۰	-	-	-	-	-	-	-	ارتقاء سطح آزادی بیان در جامعه	فکری
۱۰۰	۱۰۰	۳۲	۱۳	۶	۴	۷	۲	۰	جمع	
		۱۰۰	۴۱	۱۹	۱۳	۲۲	۶	۰		

مجموع امتیازی که رویکردهای مختلف پیشگیری از توجه به مؤلفه‌های تأثیرگذار ابعاد اجتماعی بهزیستی بر نگرش مثبت نسبت به مواد می‌توانستند کسب نمایند، معادل ۱۷۴ امتیاز است. لیکن امتیاز کسب شده ۳۲ امتیاز بود که بیانگر آن است صرفاً ۱۸ درصد از مؤلفه‌های مذکور در رویکردهای پیشگیری مورد توجه واقع شده است. در این بین، بیشترین توجه به بعد یکپارچگی اجتماعی و کمترین توجه به عدالت اجتماعی بوده است.

از کل توجه رویکردهای شش گانه به ابعاد اجتماعی یادشده، بیشترین امتیاز متعلق به رویکرد سیستماتیک (۴۱٪) بود و پس از آن رویکرد نفوذ اجتماعی (۳۳٪)، رویکرد اجتماع محور (۲۲٪)، رویکرد ارتقای شایستگی (۱۹٪)، رویکرد پرورش عاطفی (۶٪) و رویکرد آگاهی رسانی (۰٪) در رتبه‌های بعد قرار گرفته‌اند.

جدول ۶: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند (در برنامه‌ها و مداخلات مختلف پیشگیری)

نام برنامه	اهداف	مخاطب	مؤلفه‌هایی از بهزیستی ذهنی که مورد توجه است
۱ پروژه خود-مدیریتی و آموزش مقاومت ^۱	افزایش آگاهی دانش‌آموزان نسبت به فشارهای اجتماعی معطوف به مصرف مواد، آموزش مهارت‌های گوناگونی به منظور مقاومت در برابر این فشارها، آموزش عاطفی با تأکید بر مهارت‌های تصمیم‌گیری، تصریح ارزش‌ها و تکنیک‌های مدیریت استرس	دانش‌آموز	
۲ آموزش مهارت‌های زندگی ^۲	ارتقای مهارت‌های خودمدیریتی انفرادی شامل قدرت تصمیم‌گیری و حل مسأله، آگاهی از تأثیرات اجتماعی و مقاومت در برابر آنها، مقابله با اضطراب و افسردگی، خشم و ناکامی، مشخص نمودن هدف، خودرهبی و تقویت خویشتن. مهارت‌های اجتماعی نیز قسمت دیگری از مهارت‌های زندگی است که شامل برقراری روابط اجتماعی، مهارت جرأت‌ورزی کلامی و غیر کلامی، احترام و افزایش شایستگی اجتماعی دانش‌آموزان، اصلاح ادراکات هنجاری نوجوانان در مورد مصرف مواد و ارائه اطلاعات مرتبط با مصرف مواد همراه با عواقب کوتاه مدت مصرف مواد.	دانش‌آموز	معنادار دانستن زندگی احساس ارزشمندی اجتماعی امید به بهبود شرایط زندگی مشارکت در گروه دوستان احساس تعهد به خانواده و دوستان
۳ خانواده و مدرسه با هم ^۳	توانمندسازی والدین، آموزش به خانواده‌ها، تأکید بر افزایش تعامل اعضای خانواده با دانش‌آموز، افزایش تعاملات بین خانواده‌های دانش‌آموزان، ارتقاء غیر مستقیم تعهد افراد به مدرسه و خانواده، آموزش مهارت‌های والدین و دانش‌آموزان، فراهم آوری محیط رفاقتی و نه رقابتی.	دانش‌آموزان والدین خانواده‌ها	همدلی اجتماعی حمایت اجتماعی مشارکت اجتماعی

1. self- management and resistance training (SMART)

2. life skill training (LST)

3. Families and Schools Together (FAST)

جدول ۶: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند (در برنامه‌ها و مداخلات مختلف پیشگیری)

نام برنامه	اهداف	مخاطب	مؤلفه‌هایی از بهزیستی ذهنی که مورد توجه است
۴ مداخله مهارت‌های	آموزش مهارت‌های کنار آمدن در حوزه‌های خود مدیریتی رفتاری، خود مدیریتی هیجانی، تصمیم‌گیری و تعاملات بین فردی	دانش‌آموز	مشارکت در گروه دوستان
۵ پروژه چارلی	ارتقای احترام به خود و توانایی افراد در ابراز احساسات‌شان، آموزش مهارت‌های مقاومت در دو حوزه فشار همتایان و نفوذهای اجتماعی	دانش‌آموز	مشارکت در گروه دوستان
۶ اینجا به تونگه می‌کنند ^۱	تمرکز بر مواد رهگشا، انتقال پیام عدم مصرف مواد به واسطه‌هایی مختلفی مانند کتاب، ویدئو کلیپ، بازی و خیمه شب بازی به دانش‌آموزان. تأکید بر اهمیت احترام به خود، روابط خانوادگی مثبت، و پیوند عمیق با نهادهای اجتماعی مانند مدرسه و آموزش مهارت‌های اجتماعی مرتبط با جرأت‌ورزی، ارتباط با همتایان، مهارت‌های امتناع، و فشار همسالان.	دانش‌آموز	
۷ به سوی عدم سوء مصرف مواد ^۲	تصحیح سوء تفاهم‌های شناختی دانش‌آموزان در مورد خودشان، آموزش مهارت‌های اجتماعی و زندگی عمومی مانند تصمیم‌گیری، تعامل مؤثر، کنار آمدن و خودکنترلی، ارائه اطلاعاتی کلی درباره مواد، مانند عواقب اجتماعی و سلامتی مرتبط با مصرف مواد	دانش‌آموزان پرخطر	
۸ برنامه آل استارز ^۳	آموزش هنجاری، آموزش مهارت‌های عمومی مانند مهارت‌های تعامل و مهارت‌های بین فردی به منظور ارتقای پذیرش در مدرسه و روابط خانوادگی، فهم علم‌سازگاری مصرف مواد با اهداف زندگی‌شان و ضرورت تعهد برای دوری از مصرف مواد. استفاده از رسانه‌های جمعی برای گسترش، تقویت و کمک به حفظ اثر این برنامه‌ها، پیشگیری از رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان، کمک به آنها برای ساختن آینده‌ای درخشان. دانش‌آموزانی که توسط نهادهایی مانند مدرسه، کلیسا، تیم‌های ورزشی و یا گروه‌های مفرح پذیرفته می‌شوند، به نوعی از درگیر شدن در رفتارهای پرخطر محافظت	دانش‌آموز خانواده مخاطب عام رسانه جمعی	تعهد اجتماعی حمایت اجتماعی همدلی اجتماعی امید به بهبود شرایط زندگی اعتماد اجتماعی مشارکت اجتماعی

1. Here's looking at you (HLAY)
2. Towards no drug abuse (TND)

3. All stars

جدول ۶: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند (در برنامه‌ها و مداخلات مختلف پیشگیری)

نام برنامه	اهداف	مخاطب	مؤلفه‌هایی از بهزیستی ذهنی که مورد توجه است
	تمام برنامه‌های این دوره ایجاد پیوند با مدرسه و نهادهای اجتماعی را تشویق می‌کند.		
۹ برنامه همراهی ^۱	مداخله یکپارچه پیشگیری از مصرف مواد با استفاده از برنامه آموزش مهارت‌های زندگی مدرسه‌ای و فعالیت‌های خدمات اجتماعی، هماهنگ کردن نوجوانان با بزرگ‌گرا از طریق مرشدگری، ارتقاء تعاملات همیارانه، فراهم‌آوری حمایت از سوی بزرگ‌گرا و همراهی آنان در فعالیت‌های اجتماعی عمومی، آموزش احترام به خود و خودآگاهی نسبت به قابلیت‌های شان و کمک به تکالیف مدرسه از سوی مرشدها.	دانش‌آموز همسالان	حمایت خانواده همدلی خانواده
۱۰ رشد مثبت نوجوانی ^۲	ارتقای شایستگی اجتماعی و آموزش مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری، تعامل بین فردی، مهارت‌های کنار آمدن و مدیریت استرس، بازسازی احترام به خود و فراهم کردن اطلاعات مربوط به سلامت عمومی و سوء مصرف مواد.	دانش‌آموز	احساس ارزشمندی اجتماعی مشارکت با دوستان
۱۱ تصمیم‌گیری نوجوان ^۳	تمرکز بر مهارت‌های پایه‌ای مرتبط با تصمیم‌گیری، آموزش مهارت‌های فرایند گروهی را به منظور مساعدت به دانش‌آموزان در شناسایی فشار همتایان، و مدیریت مؤثر موقعیت‌های مرتبط با مواد فشار همتایان و حل تعارض با بکارگیری مهارت‌های تصمیم‌گیری آنها، تشویق به تشکیل شبکه‌های اجتماعی نیرومند جهت جایگزین‌هایی برای مصرف مواد و کمک به تصمیم‌گیری و کسب اطلاعات.	دانش‌آموزان همسالان	مشارکت اجتماعی اعتماد اجتماعی همدلی اجتماعی
۱۲ آموزش مقاومت در برابر سوء مصرف مواد ^۴	آموزش مهارت‌های مقاومت و آموزش عمومی اثرات مواد، افزایش آگاهی دانش‌آموزان نسبت به اثرات در برابر سوء مصرف مواد و آموزش هنجاری به واسطه ارائه مصرف مواد ^۴ آمارهای دقیق شیوع مصرف مواد در نوجوانان، توجه (کم) به مؤلفه آموزش مهارت‌های عمومی مانند تصمیم‌گیری، مهارت‌های تعامل و جرأت‌ورزی و مؤلفه	دانش‌آموزان	همدلی اجتماعی

1. Across ages
2. positive youth development curriculum (PYDC)

3. Adolescent decision making (ADM)
4. drug abuse resistance education (DARE)

جدول ۶: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند (در برنامه‌ها و مداخلات مختلف پیشگیری)

نام برنامه	اهداف	مخاطب	مؤلفه‌هایی از بهزیستی ذهنی که مورد توجه است
	عاطفی مانند بازسازی احترام به خود، آموزش مهارت‌های کنار آمدن.		
۱۳ برنامه پیشگیری غرب میانه ^۱	مداخله چند مؤلفه‌ای شامل برنامه مدرسه‌محور، سازمان‌دهی والدین برای بازیابی سیاست‌های پیشگیری از مواد مدرسه، برنامه‌های والدگری برای ارتقای مهارت‌های والدی و تعامل والد-کودک، بسیج رهبران جامعه‌پری	دانش‌آموز همسالان والدین مدرسه	همدلی اجتماعی حمایت اجتماعی تعهد اجتماعی مشارکت اجتماعی
	ساماندهی یک کارگروه اجتماعی مواد و پوشش رسانه‌های توده‌ای. تأکید بر اثر اجتماعی رسانه، هم‌تایان، بزرگسالان و جامعه بر مصرف مواد، آموزش مهارت‌های مقاومت برای مبارزه با این فشارها، آموزش هنجاری، آموزش مهارت‌های جرأت‌ورزی، آموزش مهارت‌های حل مسئله، ارائه اطلاعات مرتبط با پیامدهای روانی اجتماعی مصرف مواد و تشویق دانش‌آموزان برای ارائه تعهد در ملاء عام بر علیه مصرف مواد.	اجتماع محلی رسانه	
۱۴ پروژه هشیار باش ^۲	تمرکز بر کاهش مصرف مواد رهگشا، شناسایی فشارهای معطوف به مواد را از طرف منابع مختلف شامل رسانه‌ها، هم‌تایان، بزرگترها و حتی منابع درون فردی، ارتقاء استقامت دانش‌آموزان در برابر مصرف مواد با آموزش مهارت‌های مقاومت و جایگزین‌های سالم، ارائه عواقب کوتاه مدت و بلندمدت مصرف مواد بر سلامت و روابط اجتماعی، آموزش هنجاری در مورد عدم مصرف مواد در اکثریت جمعیت دانش‌آموز، تغییر نگرش دانش‌آموزان در خصوص مصرف مواد	دانش‌آموز	مشارکت در گروه دوستان و خانواده (از طریق مصاحبت بیشتر) احساس ارزشمندی اجتماعی همدلی خانواده و دوستان حمایت خانواده
۱۵ برنامه ایلاوارا ^۳	کمک به شناسایی فشارهای اجتماعی معطوف به مصرف مواد و آموزش مهارت‌های مقاومت در این موقعیت‌ها، تمرکز بر ارائه اطلاعات عواقب منفی مصرف مواد و جایگزین‌های سالم آن، تمرکز محدود بر آموزش	دانش‌آموز	-

1. Midwestern prevention program (MPP)

2. Project Alert

3. Illawarra

جدول ۶: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند (در برنامه‌ها و مداخلات مختلف پیشگیری)

نام برنامه	اهداف	مخاطب	مؤلفه‌هایی از بهزیستی ذهنی که مورد توجه است
	مهارت‌های عمومی، آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری و آموزش جرأت‌ورزی.		
۱۶ پروژه الگوی سلامت ^۱	تمرکز بر کاهش رفتار پرخطر در بین نوجوانان، تمرکز بر پیشگیری و کاهش مصرف مواد رهگشا، ارائه آموزش مباحث مربوط به سلامتی شامل تغذیه، رفتار جنسی و رانندگی حین مستی، بکارگیری الگوهای نقش مثبت مانند مرشد، آموزش پیام‌های معطوف به مصرف مواد، آموزش مهارت‌های امتناع، آموزش هنجاری، طرح اثرات کوتاه مدت رفتارهای مضر برای سلامتی، تلاش برای برقراری حس تعهد در نوجوانان برای تغییر رفتارهای پرخطر و تشویق نوجوانان به ارتقای رفتارهای مربوط به سلامتی	دانش‌آموز همسالان	تعهد اجتماعی
۱۷ خودت باش	تأکید بر چهار مهارت مقاومت شامل امتناع (نه گفتن به فشارهای معطوف به مصرف مواد)، توضیح (توضیح علت عدم مصرف مواد)، اجتناب (اجتناب از موقعیت‌هایی که ممکن است فشار برای مصرف مواد وجود داشته باشد) و ترک (ترک موقعیت‌های که پیشنهاد به مصرف مواد در آن مشاهده می‌شود). آگاهی از نفوذهای اجتماعی معطوف به مصرف مواد و اطلاعاتی در مورد نرخ مصرف مواد، آموزش مهارت‌های تعامل مؤثر و تصمیم‌گیری.	دانش‌آموز	-
۱۸ مهارت‌هایی برای نوجوانان ^۲	تأکید بر نفوذهای اجتماعی مؤثر بر مصرف مواد و مجموعه‌ای از استراتژی‌های مقاومت برای خنثی کردن چنین نفوذهایی، آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری، مهارت‌های مقاومت، جرأت‌ورزی، تعامل مؤثر و روش‌هایی برای ارتقای روابط با هم‌تایان. کمک به ارتقاء احترام به خود، مسئولیت‌پذیری فردی، خودباوری و مدیریت هیجان‌ها، آموزش دانش عمومی مصرف مواد پیامدهای مصرف، دشواری گذار از دوره نوجوانی و مزایای زندگی سالم و بدون مواد	دانش‌آموز	احساس ارزشمندی اجتماعی تعهد اجتماعی

جدول ۶: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی به‌یستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند (در برنامه‌ها و مداخلات مختلف پیشگیری)

نام برنامه	اهداف	مخاطب	مؤلفه‌هایی از به‌یستی ذهنی که مورد توجه است
۱۹ سلامت‌ی برای زندگی ^۱	واکسینه‌سازی اجتماعی مبتنی بر شناسایی اثرات نفوذدهی اجتماعی هم‌تایان، رسانه‌ها، و دیگر نیروهای اجتماعی بر مصرف مواد، آموزش مهارت‌های مقاومت، آموزش هنجاری به واسطه ارائه داده‌های دقیق. تشویق به ارائه تعهد فردی علیه مصرف مواد، آموزش اثرات کوتاه‌مدت مواد و پیامدهای مصرف آن با استفاده از هم‌تایان برای ارائه.	دانش‌آموز همسالان	تعهد اجتماعی مشارکت در گروه دوستان
۲۰ برنامه درهای ورودی ^۲	پیشگیری یا کاهش مصرف مواد و دیگر رفتارهای ا‌تحرافی مانند بز‌هکاری، فرار از مدرسه، مشکلات رفتاری در مدرسه و عملکرد تحصیلی ضعیف، ترک تحصیل، ارتقای کارکرد تحصیلی و خانوادگی، اقدام به هدف قرار دادن عوامل میانجی مانند احترام به خود، خودپنداره، مهارت‌های کنار آمدن، امتناع از فشار هم‌تایان، ارتقای مهارت‌های اجتماعی و نگرش به نهادهای اجتماعی مانند مدرسه و خانواده، بهره‌گیری از مهارت‌های کفایت اجتماعی و تمرکز بر مهارت‌های عمومی و شایستگی‌های فردی و بین فردی، آموزش هنجاری با قرار دادن نوجوانان در معرض باورها و ارزش‌های جامعه پسند و ارتقا‌دهنده سلامت، اجرای برنامه مربوط به والدین که هم‌زمان با مؤلفه‌های مدرسه‌ای و به منظور ارتقای حمایت‌فعله‌در خانواده است و به والدین آموزش می‌دهد که تجربه مدرسه‌ای فرزندشان را غنی کنند و تلاش نمایند تغییرات مثبتی در سبک زندگی‌شان ایجاد کنند.	والدین دانش‌آموز	تعهد اجتماعی اعتماد اجتماعی حمایت خانواده تعلق اجتماعی
۲۱ اول بگو بله ^۳	تمرکز بر اجتناب از مصرف مواد، ایجاد مقاومت با ارتقای خودپذیری، حل مسئله و ارتقای رفتارهای سالم، ارتقای تحصیلی دانش‌آموزانی که توسط معلمان یا دیگر صاحب‌نظران ارجاع داده می‌شوند، ارائه مهارت‌های والدگری و تعاملات خانوادگی، استفاده از فعالیت‌های جایگزین و فوق برنامه‌ای رقابتی، ورزشی و تفریحی برای تقویت علم مصرف مواد، آموزش رهبری به نوجوانان و ارجاع	دانش‌آموزان همسالان خانواده‌ها	حمایت اجتماعی همدلی خانواده و مدرسه مشارکت اجتماعی احساس ارزشمندی اجتماعی هویت مشترک

جدول ۶: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند (در برنامه‌ها و مداخلات مختلف پیشگیری)

نام برنامه	اهداف	مخاطب	مؤلفه‌هایی از بهزیستی ذهنی که مورد توجه است
	دانش‌آموزان پرخطر به منظور آموزش خود و خانواده‌هایشان.		
۲۲ همکاری مدرسه و خانواده ^۱	ارتقای تعامل والدین و مدرسه به واسطه آموزش معلمان و متخصصان سلامت روان مدرسه به نحوی که بتوانند مشارکت والدین در فعالیت‌های مدرسه را افزایش دهند، فعالیت‌های هفتگی یادگیری و تعامل مدرسه- خانواده کارگاه‌هایی برای والدین در خصوص اهمیت تعامل و همکاری والدین و مدرسه، مهارت‌های تدریس والدین، اهمیت حمایت والدین از پیشرفت تحصیلی فرزندان و ارتقای تربیت کودک و مدیریت رفتار.	والدین	مشارکت اجتماعی حمایت اجتماعی همدلی خانواده
۲۳ پروژه گیت‌هاوس ^۲	پیشگیری یا کاهش شیوع مشکلات سلامت روان به وسیله ایجاد یک محیط اجتماعی مثبت تر در مدرسه، رشد مثبت هیجانی و رفتاری به واسطه آموزش استراتژی‌های شناختی رفتاری مانند مهارت‌های بین فردی، ایجاد تغییرات مدرسه‌ای به وسیله ارتقای یک محیط اجتماعی و آموزشی امن، راحت و قابل اعتماد با تشکیل تیم رابط مدرسه.	دانش‌آموزان همسالان	تعهد اجتماعی پذیرش اجتماعی مشارکت گروه دوستان
۲۴ مدارس سالم و مواد ^۳	آموزش اطلاعاتی درباره مواد، مهارت‌های امتناع، تصمیم‌گیری، افزایش احترام به خود، و ایجاد نگرش‌های صحیح به مواد. ایجاد کمیته‌ای که مسئولیت هماهنگی تمام تلاش‌های پیشگیرانه از مواد درون آن مدرسه را به عهده دارد، فرمول‌بندی مقررات مدرسه درباره مصرف مواد ایجاد سیستمی به منظور شناسایی دانش‌آموزان دچار مشکلات مربوط به مواد و ارجاع مناسب آنها به خدمات مشاوره و حمایت لازم و درگیر کردن والدین به وسیله جلسات انجمن اولیا، پرورش‌هایی که درباره برنامه توضیح می‌دهند و خبرنامه‌ها.	دانش‌آموزان همسالان کادر مدرسه والدین	احساس ارزشمندی اجتماعی مشارکت خانواده و گروه دوستان تعهد اجتماعی همدلی خانواده
۲۵ مداخله متمرکز بر کلاس ^۴	برنامه طراحی شده برای ارتقای پیشرفت تحصیلی مانند فعالیت‌هایی با هدف ارتقای مهارت‌های گوش دادن و فهم، مهارت‌های نگارش و مهارت‌های ریاضی،	دانش‌آموزان معلمان	حمایت اجتماعی

جدول ۶: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی به‌یستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند (در برنامه‌ها و مداخلات مختلف پیشگیری)

نام برنامه	اهداف	مخاطب	مؤلفه‌هایی از به‌یستی ذهنی که مورد توجه است
	استراتژی‌های مدیریت رفتار برای معلمان به‌منظور ارتقای رفتار دانش‌آموزان در کلاس و کاهش بی‌توجهی و رفتار مزاحمت‌زای آنها، و استراتژی‌های مکمل برای دانش‌آموزانی که عملکرد زیر نرمال دارند، شامل آموزش خصوصی و ایجاد تغییراتی در برنامه برای تسهیل یادگیری فردی.		
۲۶ برنامه راهکارهای ترویج تفکر جایگزین ^۱	بهبود مهارت‌های اجتماعی و عاطفی کودکان با آموزش خود‌کنترلی، یادگیری هیجانی، اعتماد به نفس مثبت، روابط مؤثر، مهارت‌های حل مسئله. تدارک انواع فعالیت‌های مکمل و فعالیت‌هایی در خانه برای والدین و کودکان بطور مشترک.	دانش‌آموزان والدین	مشارکت خانوادگی همدلی خانواده
۲۷ اقدام مثبت ^۲	آموزش اقدامات اساسی مثبت جسمانی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی به خانواده‌ها و دانش‌آموزان، توجه به عوامل محافظت‌کننده (حوزه‌های اجتماعی (خانواده، مدرسه، گروه همسالان، محله)، پیوند، باورهای سالم و استانداردهای واضح و روشن، فرصت‌های مثبت اجتماعی (یاری‌رسان) و تقویت فعالیت‌های داوطلبانه و یاری‌رسان) و عوامل خطر ساز (تضاد خانوادگی، سابقه خطیادگی رفتار مشکل‌دار، مشکلات مدیریت خانواده، تحمل یا تأثیر رفتار مشکل‌دار، تحمل یا تأیید رفتار مشکل‌دار از سوی والدین)	دانش‌آموزان والدین	
۲۸ درمان مداخله‌ای کودک-والد ^۳	درمان مبتنی بر تجربه مبتنی بر بهبود کیفیت روابط والدین و کودک و همچنین تغییر الگوهای تعامل بین آنها در موارد اختلال رفتار در خردسالان و کودک آزاری. مشکلات رفتاری‌ای که اغلب در این کودکان مشاهده می‌شود شامل سرپیچی از قدرت، قانون‌شکنی، جلب توجه و رفتار پر خاشک‌گرانه و مخرب است. آموزش مهارت‌هایی خاص به والدین که آنها را قادر می‌سازد در حین پرورش رفتارهای مثبت اجتماعی و عدم تشویق رفتارهای منفی، با فرزندان‌شان ارتباطی ایمن و پرورنده برقرار نمایند.	کودکان پرخطر خانواده‌ها	حمایت خانواده همدلی خانواده

جدول ۶: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند (در برنامه‌ها و مداخلات مختلف پیشگیری)

نام برنامه	اهداف	مخاطب	مؤلفه‌هایی از بهزیستی ذهنی که مورد توجه است
۲۹ برنامه به سوی غلبه بر سوء مصرف مواد ^۱	آموزش مهارت گوش دادن با فکر باز، تشخیص این که چطور کلیشه‌های منفی انتخاب‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، عواقب مصرف/سوء مصرف مواد قطع مصرف تنباکو، استراتژی‌های مقابله با استرس، خودکنترلی، استراتژی‌های اجتناب از تضاد، الگوهای تفکر مثبت و منفی، انتخاب سبک زندگی سالم، مهارت‌های تصمیم‌گیری	دانش‌آموزان	ارزشمندی اجتماعی
۳۰ برنامه‌ی ارتباط مجدد جوانان ^۲	افزایش عملکرد موفقیت تحصیلی، کاهش درگیری در مصرف مواد، کاهش ناراحتی عاطفی، افزایش اعتماد به نفس، تصمیم‌سازی، کنترل شخصی، ارتباط بین فردی افزایش مشارکت دانش‌آموزان در فعالیت‌های اجتماعی سالم و مشارکت دادن آنها در فعالیت‌هایی که ارتباط آنها را با مدرسه بیشتر نماید. طرح واکنش به بحران در مدرسه مختص دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر که در معرض افسردگی و خودکشی قرار دارند، با برقراری ارتباط مجدد آنان با کارکنان مدرسه.	دانش‌آموزان کادر مدرسه	حمایت اجتماعی احساس ارزشمندی اجتماعی
۳۱ برنامه‌ی داشتن کفایت کافی برای نرفتن به سمت مواد ^۳	ایجاد تاب‌آوری، آموزش چگونگی شایسته شدن از نظر اجتماعی فردی برای حل مشکلات به صورت مستقل. آموزش‌های لازم را برای داشتن شایستگی اجتماعی و عاطفی برای کاهش عوامل خطر آفرین و تقویت عوامل محافظتی و آموزش مهارت‌هایی برای محافظت از کودکان در برابر تأثیر دوستانشان، تأکید بر گسترش مهارت‌های فردی و بین فردی در برابر فشار دوستان همسال، تعیین هدف، تصمیم‌گیری، همبستگی بادیگران، کسب احترام به خود و دیگران، مدیریت احساسات، ارتباطات موثر و کنش‌های متقابل اجتماعی. ارائه اطلاعاتی درباره‌ی پیامدهای منفی مصرف مواد، مزایای داشتن یک سبک زندگی عاری از مصرف مواد و بدون خشونت.	دانش‌آموزان کادر مدرسه همسالان	احساس ارزشمندی اجتماعی حمایت اجتماعی

1. Project Towards On Drug Abuse
2. RY (Reconnecting Youth)
PROGRAM

3. Too Good for Drugs (TGFD)

جدول ۶: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی به‌زیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند (در برنامه‌ها و مداخلات مختلف پیشگیری)

نام برنامه	اهداف	مخاطب	مؤلفه‌هایی از به‌زیستی ذهنی که مورد توجه است
۳۲ برنامه‌ی تقویت خانواده‌ها ^۱	کاهش عوامل خطر آفرین محیطی، بهبود عوامل محافظتی، افزایش تاب‌آوری نسبت به مصرف مواد و دیگر رفتارهای مخاطره‌آمیز، بهبود روابط خانوادگی، افزایش مهارت‌های فرزندپروری، توسعه‌ی مهارت‌های زندگی و رفتار کودک و نوجوان، افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان و نوجوانان، کاهش یا پیشگیری از سوء مصرف مواد	دانش‌آموز خانواده / معلمان / کارکنان	همدلی خانواده تعلق اجتماعی دوستی و همبستگی امید به بهبود شرایط زندگی مشارکت در شبکه خانوادگی
۳۳ برنامه‌ی حمایت از گروه مبتنی بر برنامه‌ی درسی ^۲	کمک به شرکت‌کنندگان جهت توسعه‌ی مهارت‌های زندگی نظیر نحوه‌ی ایجاد ارتباط مثبت، انجام انتخاب صحیح و اجتناب از رفتارهای خشونت‌آمیز و پزهکارانه آموزش غلبه بر استرس، واکنش مثبت به موقعیت‌های پرخطر، درک احساسات، مدیریت خشم، تعیین اهداف مناسب، مقاومت در برابر فشار دوستان	کودکان و نوجوانان پرخطر	-
۳۴ برنامه‌ی گام دوم ^۳	ارتقای عملکرد اجرایی، خودتنظیمی، صلاحیت اجتماعی و عاطفی دانش‌آموزان و والدین و کارکنان مدرسه، توسعه مهارت‌ها و آموزش کودکان در خصوص موضوعاتی نظیر افزایش توجه و تمرکز، استفاده از حافظه و کنترل رفتار	دانش‌آموز خانواده / کارکنان مدرسه	مشارکت اجتماعی حمایت اجتماعی همدلی اجتماعی
۳۵ برنامه‌ی محافظت از تو	کاهش آسیب‌های مرتبط با الکل (جهت پیشگیری از شروع مصرف) و مرگ و میر (ناشی از رانندگی)، آموزش	دانش‌آموزان همسالان	مشارکت اجتماعی همدلی اجتماعی

جدول ۶: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند (در برنامه‌ها و مداخلات مختلف پیشگیری)

نام برنامه	اهداف	مخاطب	مؤلفه‌هایی از بهزیستی ذهنی که مورد توجه است
۱ / محافظت از من ^۱	تصمیم‌گیری، مدیریت استرس، سواد رسانه‌ای، استراتژی امتناع از مصرف مواد و ارتباطات، آگاهی‌دربارهی‌رشدو تکامل مغز و آموزش مباحثی درباره‌ی مغز و نحوه‌ی تأثیرات مصرف الکل، سواد رسانه‌ای، خطر مصرف‌الکل و عوامل محافظتی، دانش درباره‌ی ایمنی خودرو.	خانواده‌ها	حمایت خانواده
۳۶ پروژهی موفقیت ^۲	آشنایی دانش‌آموزان با شیوه‌های عدم مصرف موادو پافشاری بر آن، شناسایی و اصلاح باورهای نادرست در مورد مصرف مواد و پیامدهای مصرف آن، فعالیت‌های گسترده در مدرسه در جهت افزایش درک از آسیب، تغییرات هنجارهای اجتماعی به شکل مثبت، افزایش پابندی به قوانین و سیاست‌های جامعه و مدرسه، اجرای برنامه‌ی مهارت‌های والدینی، مشاوره‌ی فردی و گروهی و مشارکت آنها، آموزش ارزیابی فردی	دانش‌آموزان والدین همسالان	تعلق اجتماعی مشارکت اجتماعی همدلی خانواده احساس ارزشمندی اجتماعی
۳۷ برنامه‌ی کمک به دانش‌آموزان شبانه‌روزی‌ها ^۳	پیشگیری و کاهش مصرف الکل و مواد دیگر در بین نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال پرخطر که به صورت داوطلبانه یا غیر داوطلبانه ساکن مراکز مراقبت از کودکان هستند. تغییر در فرهنگ و هنجارهایی که درزمینه‌ی مصرف‌مواد وجود دارد.	دانش‌آموزان	-
۳۸ شروع از خانه ^۴	برنامه‌ی پیشگیری از سوء مصرف موادو خشونت‌مبتنی بر جامعه و مدرسه است. اهداف اختصاصی برنامه شامل کاهش مصرف مواد و الکل، کاهش درگیری درقاچق مواد، کاهش ارتباط با گروه‌های بز هکار، بهبودعملکرد تحصیلی و کاهش جرایم خشونت‌آمیز است. تقویت اجتماعی، مدیریت مورد متمرکز، مداخلات‌در‌دادرسی و بز هکاری نوجوانان، خدمات خانوادگی، فعالیت‌های پس از مدرسه و تابستانی، خدمات آموزشی، پایش واستفاده از مشوق‌هایی برای ترغیب فعالیت‌های رشدی آنان.	دانش‌آموز پرخطر خانواده اجتماع محلی	حمایت اجتماعی

جدول ۶: سهم شاخص‌هایی از ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند (در برنامه‌ها و مداخلات مختلف پیشگیری)

نام برنامه	اهداف	مخاطب	مؤلفه‌هایی از بهزیستی ذهنی که مورد توجه است
۳۹ اطلس ^۱	اطلس یک برنامه‌ی پیشگیری از مصرف مواد مبتنی بر دانش‌آموزان مدرسه است که برای دانش‌آموزان ورزشکار پسر ورزشکار بازداشتن آنها از مصرف مواد و ترویج تغذیه‌ی سالم و ورزش به عنوان جایگزین مواد ارایه گردید. محتوای برنامه شامل: ۱- گفتگو درباره‌ی تغذیه‌ی ورزشی ۲- استفاده از جایگزین‌های ورزشی برای استروئیدهای آنابولیک و مکمل‌های ورزشی و ۳- اثرات سوء مصرف مواد در ورزش، بازی نقش امتناع از مصرف مواد و ایجاد پیام‌های سالم بهداشتی	دانش‌آموزان	-
۴۰ بیش از حد خوب بودن برای عدم خشونت ^۲	پیشگیری از خشونت مبتنی بر مدرسه و ویژگی‌های افراد است که به منظور افزایش رفتارها و مهارت‌های مثبت اجتماعی و بهبود عوامل محافظتی مرتبط با تضاد و خشونت طراحی شده است. این برنامه قرابت زیادی با برنامه‌ی بیش از حد خوب بودن برای عدم مصرف مواد دارد.	دانش‌آموزان	-
۴۱ رهبری و برنامه تاب‌آوری (جلوگیری از درگیر شدن در مصرف مواد و خشونت، برنامه مورد حمایت مرکز ملی سوء مصرف مواد و سلامت روان ایالات متحده) ^۳	افزایش نقاط قوت درونی و تاب‌آوری جوانان را به منظور مشارکت اعضای در فعالیت‌های خارج از منزل و مخاطره‌های مرکز آمیز، کار با حیوانات مورد آزار قرار گرفته و مورد غفلت قرار گرفته و عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی برای کودکان، فعالیت‌ها متمرکز بر خدمات اجتماعی، نوع دوستی، یادگیری در مورد مدیریت خطر، بهبود مهارت‌های اجتماعی و حل تضاد است.	دانش‌آموزان	مشارکت اجتماعی دوستی و همبستگی حمایت اجتماعی

سهم ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد داشتند در جدول ۷ ارائه شده است.

1. ATLAS

2. Too Good for Violence

3. Leadership and Resiliency Program (SAMHSA Legacy Program)

جدول ۷: سهم ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی دارای بیشترین رابطه با نگرش مثبت دانش‌آموزان با مصرف مواد (در کل ۴۱ برنامه و مداخله پیشگیرانه)

ابعاد اجتماعی	زیر شاخص	سهم شاخص‌های هر بعد در برنامه‌ها و مداخلات	سهم بعد در برنامه‌ها و مداخلات
عدالت	عدالت رویه‌ای	۰	۰
اجتماعی	عدالت توزیعی	۰	۰
	عدالت مراوده‌ای	۰	۰
یکپارچگی اجتماعی	احساس	۱۱	۲۹
	احساس تعهد	۲	
	احساس هویت	۱	
	احساس اجتماع، ارزش‌های مشترک	۱۳	
	احساس ارزشمندی اجتماعی	۲	
	احساس دوستی و همبستگی	۰	
	رضایت از محیط زندگی	۰	
شکوفایی اجتماعی	احساس امید به بهبود شرایط	۳	۴
	باور به پیشرفت اجتماعی	۰	
	معنادار دانستن زندگی	۱	
پذیرش اجتماعی	همدلی اجتماعی	۲۰	۳۷
	حمایت اجتماعی	۱۴	
	احساس اعتماد	۳	
مشارکت اجتماعی	شبکه خانوادگی	۱۰	۲۵
	گروه دوستان	۱۳	
	شبکه اجتماعی	۲	
امنیت اجتماعی	امنیت فرهنگی	۰	۰
	امنیت فکری	۰	
	امنیت جانی	۰	
	امنیت مالی	۰	
	جمع	۹۵	۹۵

امتیازی که هر برنامه می‌توانست از توجه به کلیه مؤلفه‌های ابعاد اجتماعی بهزیستی تأثیرگذار بر نگرش نسبت به مصرف مواد کسب نماید، ۲۲ امتیاز بود که در کل ۴۱ برنامه امتیازی معادل ۸۵۸ را شامل می‌شد. لیکن کل امتیاز کسب شده در مجموع ۴۱ برنامه و مداخله یادشده، ۹۵ امتیاز بوده که بیانگر سهم ناچیز این ابعاد در آنهاست. بیشترین توجه

در این برنامه‌ها به بعد پذیرش اجتماعی (به ترتیب توجه: همدلی اجتماعی، حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی) و پس از آن یکپارچگی اجتماعی (به ترتیب توجه: احساس ارزشمندی اجتماعی، احساس تعهد، احساس هویت مشترک/احساس دوستی و همبستگی، ارزش‌های مشترک)، مشارکت اجتماعی (به ترتیب توجه: گروه دوستان، شبکه خانوادگی و شبکه اجتماعی) و در حد ناچیزی شکوفایی اجتماعی بوده است. متأسفانه مؤلفه‌های عدالت اجتماعی و امنیت اجتماعی جایی در بین برنامه‌ها و مداخلات به خود اختصاص نداده‌اند.

با توجه به بررسی‌های به عمل آمده، «پروژه آماده باش» از حیث توجه به مؤلفه‌های تأثیرگذار ابعاد اجتماعی بهزیستی بر نگرش مثبت نسبت به مواد، رتبه اول را داراست. لیکن باید در نظر داشت که فاصله زیادی با سقف امتیازی که می‌توانست کسب نماید (۲۲) دارد. پس از آن به ترتیب برنامه «آل‌استار» (۶ مورد)، «برنامه مهارت‌های زندگی»، «مدارس سالم و مواد» و «تقویت خانواده‌ها» (۵ مورد) بیشترین توجه را به این ابعاد داشته‌اند. از سوی دیگر ملاحظه می‌شود که برنامه‌های «پروژه خود-مدیریتی و آموزش مقاومت»، «اینجا به تو نگاه می‌کنند»، «به سوی عدم سوء مصرف مواد»، «ایلاوارا»، «اقدام مثبت»، «کمک به دانش‌آموزان شبانه‌روزی»، «اطلس» و «بیش از حد خوب بودن برای عدم خشونت» هیچ توجهی به این ابعاد نداشته‌اند. علاوه بر موارد فوق، آنچه تا حدودی از تحقیقات مرتبط با اثربخشی مداخلات صورت گرفته قابل برداشت است. برنامه‌ها و مداخلاتی که پس از اجرا تأثیرگذاری بیشتری داشتند، از حیث توجه به مؤلفه‌های بعد اجتماعی بهزیستی نیز وضعیت مناسب‌تری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

اقدامات دولت‌ها در مواجهه با اعتیاد عمدتاً متمرکز بر دو سیاست کاهش تقاضا و مقابله با مصرف است. از مهمترین اقداماتی که در سیاست کاهش تقاضا مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌توان به پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اشاره نمود. سیاست مقابله با مصرف و کاهش تقاضا جدا از هم نیستند و در ارتباط متقابل با یکدیگر قرار می‌گیرند. دولت‌ها هنگامی موفق به کنترل و کاهش مصرف مواد می‌شوند که این دو سیاست را همزمان با

هم به کار گیرند. پیشگیری از مصرف مواد از مهمترین برنامه‌های کاهش تقاضا محسوب می‌شود که در بسیاری از کشورهای جهان از قدمتی طولانی برخوردار است. هر یک از آن‌ها با توجه به میزان توسعه یافتگی، بودجه و امکانات از روش‌های مختلفی در اجرای این سیاست استفاده نموده‌اند. به کارگیری مستمر این روش و استفاده از تکنیک‌های مبتکرانه در مراحل سنی مختلف سبب کنترل مواد و کاهش تقاضا می‌شود. زیرا به افزایش مهارت‌های اجتماعی و بین فردی، حل تضاد و مقابله با استرس، افزایش مهارت تصمیم‌گیری، حل-مسئله و تقویت تاب‌آوری افراد منجر می‌شود. در نتیجه زمینه را برای شروع مصرف موادمعتیادآور کاهش می‌دهد. برنامه‌های پیشگیرانه نوعی مداخله‌ی چند بعدی است که می‌تواند به تقویت دانش و آگاهی فرد منجر شود. در نتیجه زمینه‌های کاهش گرایش به مصرف موادمعتیادآور را افزایش می‌دهد. در دهه اخیر بکارگیری مفاهیمی همچون شادکامی، سلامت اجتماعی، نشاط اجتماعی، رفاه، بهزیستی و بهزیستی ذهنی از جمله مفاهیمی هستند که در محیط علمی و مقالات بسیار به چشم می‌خورند نکته جالب توجه در متون فارسی آن است که این مفاهیم گاه معادل هم در نظر گرفته می‌شوند. در زبان انگلیسی واژگان *social health*، *Well-being*، *Welfare*، *happiness* هر یک دارای بار مفهومی خاص خود است. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، مفهوم بهزیستی^۱ را به وجود آورد و امروزه در جوامع علمی این مفهوم از جامعیت بیشتری برخوردار است. شادی و شادکامی^۲ مهم است لیکن آن تمام چیزی نیست که در واژه بهزیستی نهفته است. از نظر صاحب‌نظران آنچه باید بر آن متمرکز بود بهزیستی است نه شادکامی. شادکامی یکی از مؤلفه‌های بهزیستی است. شادکامی عنصر عاطفی از مؤلفه تجربی ذهنی است. مؤلفه بازتابنده خود آگاهی، جنبه دیگری از بهزیستی ذهنی است که بسیار حائز اهمیت است. سلامت و عملکرد فرد و همچنین محیطی که شخص در آن زیست می‌کند در این خصوص مهم تلقی می‌شوند. تجاربی که افراد از شادی زودگذر به هنگام مصرف اکستازی برایشان پدید می‌آید نمی‌تواند بیانگر بهزیستی باشد زیرا در واقع عملی در شأن افراد به حساب نمی‌آید (هنریک، ۲۰۱۳). "بهزیستی" هر فرد یا هر گروه از

1. Well-being

2. happiness

افراد دارای اجزاء عینی و ذهنی است. بنا به تعریف داینر، بهزیستی ذهنی، قضاوت مثبت از زندگی و احساس خوب در نظر گرفته شده است. در تحقیق حاضر از بین ابعاد مختلف روانی، عاطفی و اجتماعی، ابعاد اجتماعی مورد توجه قرار گرفت. زیرا نقش این عوامل در سلامت فرد و جامعه قابل اغماض نیست. ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی و وجود تفاوت بین شاخص‌های شش‌گانه آن در بین دانش‌آموزان عادی و پرخطر، خلاء رویکردهای پیشگیرانه را که کمتر بر ابعاد اجتماعی تأکید دارند، آشکارتر می‌نماید. در کشورمان از حدود دو دهه‌ی پیش، رویکرد پیشگیری نسبت به مصرف مواد تقویت شد. منابع علمی بر این موضوع متمرکز شدند و برنامه‌ها و مداخلات زیادی در این رابطه صورت گرفته که از جمله می‌توان به برنامه‌های مدرسه محور، برنامه‌های محله محور، کمپین‌های رسانه‌ای و ... اشاره نمود. بیش از یک دهه از اعلام سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر در کشور می‌گذرد ولی متأسفانه این دوره همراه بوده با گسترش تنوع مواد، افزایش مصرف کنندگان، کاهش سن مصرف و افزایش عوارض مصرف به دلیل ظهور ترکیبات جدیدی که آثاری ماندگارتر بر جسم و روان افراد مصرف‌کننده برجای می‌گذارند. آنچه در تحقیق حاضر مورد مذاقه قرار گرفت ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی بود. این ابعاد نه تنها در سلامت اجتماعی جامعه مؤثرند بلکه می‌توانند در امر پیشگیری نیز مؤثر واقع شوند. هر چند توجه به این ابعاد در رویکردهای حوزه پیشگیری رتبه بالایی نداشت لیکن به صورت موردی برخی از مؤلفه‌های آن رویکردها، برنامه‌ها و مداخلات پیشگیری موجود از اهمیت بسزایی برخوردارند. اغلب تحقیقات بر خانواده محور بودن برنامه‌های پیشگیری (باومن و همکاران، ۲۰۰۲؛ اسپت و همکاران، ۲۰۰۲) و تقویت پیوند، اتحاد و ارتباطات خانوادگی و نقش حمایت‌گری آنان نسبت به فرزندان اشاره داشته‌اند. کرافورد و نواک^۲ (۲۰۰۲) و کندینگ و کنچه^۳ (۲۰۰۶) تأیید می‌نمایند نوجوانانی که زمان زیادی را با والدین خود می‌گذرانند و به راحتی و سهولت با آنان ارتباط برقرار می‌کنند و مورد حمایت آنان قرار می‌گیرند، به احتمال کمتری درگیر رفتار مصرف و سوء مصرف مواد می‌شوند. فرضیه سپر

خانوادگی^۱ (کلورلند، فینبرگ و گرینبرگ، ۲۰۰۹) خانواده را به عنوان منبع تأمین نیروهای معارض مصرف مواد و خنثی کننده تمام اثرات بیرونی به خصوص اثرات همسالان می داند. انستیتو ملی سوء مصرف مواد (۲۰۰۳) نیز در بررسی جامع عوامل خطر ساز، فقدان آیین های خانوادگی و تعاملات در شبکه خانوادگی را از جمله عوامل خطر ساز مطرح نموده است. همچنین مدارسی که یادگیری، مشارکت و مسئولیت پذیری را تسریع می کنند، شبکه ارتباطات چندنسلی و همبستگی و ثبات در خانواده را به عنوان عوامل محافظت کننده یاد کرده اند. نظریه تعامل خانوادگی بیش از سایر نظریه ها به پویایی های کودک-والد مؤثر در تعلقات خانوادگی ضعیف، شخصیت نوجوان، مباشرت با همتایان مصرف کننده مواد و تجربه مصرف مواد توجه دارد. این نظریه به طور خاص چگونگی مشارکت، فقدان نظارت و حمایت والدین در پیشگیری از مصرف مواد را مد نظر دارد. متعاقباً دلالت دارد که در بعضی موارد می توان با آموزش دادن نحوه نظارت و حمایت از کودکان به والدین، در بلند مدت اقدام به پیشگیری نمود.

مذهبی بودن و داشتن هویت مذهبی با توجه به اینکه موجب معنا دادن به زندگی می شوند، به عنوان عاملی محافظت کننده در سوء مصرف مواد عمل می کند. همچنین در این پژوهش مشخص شد مشارکت در فعالیت های مدرسه، مشارکت در فعالیت های ورزشی و تعلق داشتن به گروه های مذهبی از دیگر عوامل محافظت کننده در نگرش مثبت به سوء مصرف مواد هستند. راهبردهای متمرکز بر محیط (خانواده، مدرسه، جامعه) بر تقویت پیوند و دلبستگی نوجوانان به خانواده و بهبود احساس تعهد نوجوانان به مدرسه تأکید دارند. در الگوی ترکیبی گلانتز و هارتل (۲۰۰۲) نیز بر عوامل مرتبط با مدرسه (وضعیت تحصیلی، ارزش قائل شدن برای مدرسه، پیوند با مدرسه، جو مدرسه و ...) تأکید شده لیکن بر عوامل و کادر مدرسه تمرکز صورت نگرفته است. پیشگیری زمانی اثربخشی مناسب خواهد داشت که صرفاً بر آموزش دانش آموزان متمرکز نباشیم. کادر مدرسه و اولیای دانش آموزان باید تأثیرگذاری خود در این فرایند را درک نمایند.

1. Buffering hypothesis

2. Cleveland, Feinberg, & Greenberg

از تحقیقات مرتبط با اثربخشی مداخلات می توان به این نکته پی برد که برنامه ها و مداخلاتی که از حیث توجه به مؤلفه های بعد اجتماعی بهزیستی وضعیت مناسب تری داشتند، پس از اجرا تأثیر گذاری بیشتری داشتند. گرچه سه جهت یابی نظری کلی در مورد پیشگیری از مصرف مواد شامل رویکردهای اطلاع رسانی و آگاهی بخشی، ارتقای کارآمدی و نفوذ اجتماعی در این زمینه مطرح هستند (بوتوین و گریفین، ۲۰۰۷). اما نیاز به رویکردی انسجام بخش در این حوزه وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر را می توان حمایتی برای رویکرد سیستماتیک در حوزه پیشگیری از مصرف مواد در نظر گرفت. در تحقیق حاضر علاوه بر رویکردهای پیشگیری که از حیث توجه به مؤلفه های ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی مورد بررسی قرار گرفتند، برنامه ها و مداخلات پیشگیری رایج در سطح مدارس نیز مورد مقایسه و بررسی قرار گرفتند. بیشترین توجه در این برنامه ها به بعد پذیرش اجتماعی و پس از آن یکپارچگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و در حد ناچیزی شکوفایی اجتماعی بوده است. متأسفانه مؤلفه های عدالت اجتماعی و امنیت اجتماعی جایی در بین برنامه ها و مداخلات به خود اختصاص نداده اند. از میان ۴۱ برنامه مورد بررسی «پروژه آماده باش» از حیث توجه به مؤلفه های تأثیرگذار ابعاد اجتماعی بهزیستی بر نگرش مثبت نسبت به مواد، رتبه اول را داراست. لیکن فاصله زیادی با سطح ایده آل دارد. امید به بهبود شرایط زندگی در بین گروه های پرخطر بیشترین رابطه را با نگرش مثبت به مصرف مواد داشت، ارتقاء سطح امنیت فرهنگی و اعتماد به کادر مدرسه می تواند در آینده این گروه از حیث گرایش به مصرف مواد تأثیرگذار باشد. این نکته بیانگر آن است که صرفاً در بسته های پیشگیری نباید بر برنامه های ویژه دانش آموزان تمرکز داشت بلکه باید بر کادر مدرسه و تغییر رفتار آنان و همچنین خانواده ها نیز تمرکز داشت. عدالت مرادوه ای و دوستی و همبستگی در هر دو گروه عادی و پرخطر مؤلفه ای مهم بود. یادآوری می شود منظور از عدالت مرادوه ای این بود که افراد عدالت را از برخوردی نیز استنباط می کنند که در روابط متقابل شخصی با آنان می شود. دو جزء عدالت مرادوه ای رفتار منصفانه، مؤدبانه و محترمانه و همچنین توضیحات و گزارش های اجتماعی است که دلیل اتفاقات ناگوار و ناخوشایند را برای فرد بیان می کند. به عبارت دیگر چه در خانواده،

چه در مدرسه، دانش آموزان لازم است به اندازه کافی با واقعیت‌ها آشنا شوند، زیرا در این مواقع بسیار با گذشت‌ترند تا در زمان عدم بیان واقعیت‌ها و کمتر به سمت رفتارهای غیراجتماعی سوق می‌یابند. پس به بهانه برقراری نظم در مدرسه یا خانواده نمی‌توان از این حیث در ورطه بی‌عدالتی افتاد.

مصرف مواد، بیش از همه به عنوان یک پدیده‌ی چند بعدی شناخته شده که بر بخش‌های مختلف نظیر جوامع محلی و امنیت ملی تاثیر می‌گذارد. سیاست‌گذاری ملی مؤثر، فرایندی است که به دقت ابعاد مختلف سیاسی، اقتصادی و اجتماعی را مد نظر قرار می‌دهد. اتخاذ سیاست‌هایی که بر همسوسازی و تجمیع قوا و عملکرد سازمان‌ها و نهادهای مختلف متمرکز است و اعتبارات این حوزه را صرف برنامه‌های موازی و کم‌بازده‌ای که به صورت جزیره‌ای در بخش‌های مختلف صورت می‌گیرد، ننماید این امیدواری را می‌تواند پدید آورد که حاصل کار به کاهش مصرف مواد باشد. کاهش تسلط نگرش پزشکی و فردگرایانه در حوزه اعتیاد به صورت کلی و در حوزه پیشگیری به طور اخص و توجه به مؤلفه‌های اجتماعی که حتی قضاوت مثبت یا منفی فرد را از زندگی خود پدید می‌آورد، می‌تواند گامی در جهت تحول هر چه بیشتر این حوزه و دستیابی به نتایج مناسب‌تر باشد. لازمه برقراری چنین رویکردی، تغییر اقتدار متمرکز برنامه‌پیشگیری به اقتدار مشارکتی است. شکل‌گیری و تقویت گفتگوی انتقادی برنامه‌های موجود می‌تواند نقش مهمی در اصلاح و روند رو به پیشرفت آن‌ها ایفا نماید. در حال حاضر فقط یک سطح مسئولیت تغییر یا اجرای برنامه‌پیشگیری را عهده‌دار است. تغییر یا در سطح مرکز (وزارت) یا در سطح مدرسه صورت می‌گیرد. به عبارت دیگر یا برنامه از بالا به مدارس ابلاغ یا صرفاً از مدارس خواسته شده تا در این حوزه فعالیتی داشته باشند. هر مدرسه بنا به فراخور حال، برنامه‌ای را که در موارد محدود به برگزاری چند جلسه آموزش مهارت‌های زندگی است به اجرا درآورده است.

منابع

افشار، زین العابدین (۱۳۸۵). امنیت اجتماعی زنان در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

افشانی سیدعلیرضا و ذاکری هامانه، رضیه (۱۳۹۱). مطالعه تطبیقی میزان احساس امنیت اجتماعی زنان و مردان ساکن شهر یزد. زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، ۱۰(۳۸)، ۱۶۲-۱۴۵. آقایی، علی اکبر، تیمورتاش، حسن (۱۳۸۹). بررسی رابطه و فرآیند آسیب اجتماعی و امنیت اجتماعی. دانشنامه، ۳(۴)، ۲۲-۳.

بشیریان، سعید؛ حیدرنیا، علیرضا؛ اله وردی پور، حمید و حاجی زاده، ابراهیم (۱۳۹۱). «بررسی رابطه خود کنترلی با تمایل نوجوانان به مصرف مواد مخدر». مجله دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۲۰(۱)، ۴۵-۵۵.

بیات، بهرام (۱۳۸۸). جامعه‌شناسی احساس امنیت. تهران: امیرکبیر.

چلبی، مسعود (۱۳۸۴). جامعه‌شناسی نظم: تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی. چاپ سوم، تهران: نی.

دلاور، علی، رضایی، علی محمد (۱۳۸۶). بررسی مقایسه‌ای احساس امنیت در تهران بزرگ و یزد. فصلنامه امنیت، ۲(۴ و ۵)، ۱۸۷-۱۵۳.

ساروخانی، باقر و نویدنیا، منیژه (۱۳۸۵). امنیت اجتماعی خانواده و محل سکونت در تهران. مجله رفاه اجتماعی، ۶(۲۲)، ۸۷-۱۰۶.

سیاح البرزی، هدایت؛ و صالحی، سیدرضا (۱۳۹۴). بررسی تأثیر طرح ارتقاء امنیت اجتماعی بر ابعاد امنیت اجتماعی از منظر کارشناسان ناجا، پژوهش نامه نظم و امنیت انتظامی، ۴(۳)، ۱۱۸-۱۰۳.

صالحی امیری، سیدرضا و افشاری نادری، افسر (۱۳۹۰). مبانی نظری و راهبردی مدیریت ارتقای امنیت اجتماعی و فرهنگی در تهران. فصلنامه راهبرد، ۲۰(۵۹)، ۴۳-۲۷.

عبدی، توحید، شرافتی پور، جعفر، سجادی، سیدغلامرضا (۱۳۸۸). تأثیر عملکرد پلیس اجراییات در افزایش احساس امنیت شهروندان مراجعه کننده به بوستان‌های تهران. فصلنامه مطالعات مدیریت انتظامی، ۳(۴)، ۶۰۰-۵۸۷.

گیدنز، آنتونی (۱۳۷۷). پیامدهای مدرنیته. ترجمه محسن ثلاثی، تهران: نشر مرکز.

مختاری، مرضیه و نظری، جواد (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی کیفیت زندگی. تهران: انتشارات جامعه شناسان.

موسوی، مهري سادات (۱۳۹۷). ارزیابی نقش ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی در پیشگیری مدرسه محور از سوء مصرف مواد، مطالعه موردی: دانش آموزان ۱۷-۱۴ ساله شهر تهران. رساله دکتری رشته جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشکده ادبیات و علوم انسانی

- نوابخش، فرزاد (۱۳۹۰). بررسی تأثیر احساس عدالت اجتماعی بر هویت ملی شهروندان سنی و شیعه مذهب قوم کرد (نمونه موردی شهر قروه). فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات، ۷(۳۲)، ۱۸۰-۱۴۴.
- نوایی لواسانی، محمد، صدیق سروستانی، رحمت‌الله و زاهدی مازندرانی، محمدجواد (۱۳۹۲). احساس عدالت و عوامل اجتماعی مرتبط با آن. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۳(۴۹)، ۱۸۶-۱۵۹.
- وزیریان، محسن، و مستشاری، گلاره (۱۳۸۱). راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد. تهران: انتشارات پرشکوه.
- هزارجریبی، جعفر (۱۳۹۰). بررسی احساس عدالت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی شهر تهران). جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۲(۴۳)، ۶۳-۴۱.
- لهوردی پور، حمید؛ حیدرنیا، علیرضا؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان؛ شفیعی، فروغ؛ آزادفلاح، پرویز؛ میرزایی، الهه؛ و ویت، کیم (۱۳۸۴). بررسی وضعیت سوء مصرف مواد مخدر در دانش آموزان و تلفیق عامل خود کنترلی در مدل EPPM. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی نیر، ۱۳(۱)، ۳۱-۲۱.

References

- Ashery, R. S., Robertson, E. B., & Kumpfer, K. L. (Eds.). (1998). *Drug abuse prevention through family interventions* (NIDA Research Monograph).
- Baumrind, D., & Moselle, K. A. (1985). A Developmental Perspective on Adolescent Drug Abuse. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 4(3-4), 41-66. DOI: 10.1300/J251v04n03_03.
- Bauman, K. E., Ennett, S. T., Foshee, V. A., Pemberton, M., King, T. S., & Koch, G. G. (2002). Influence of a Family Program on Adolescent Smoking and Drinking Prevalence. *Prevention Science*, 3(1), 35-42.
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 607-615. DOI: 10.1080/09540260701797753.
- Botvin, G. J., & Botvin, E. M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings and assessment issues. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13(4), 290-301.
- Buzan, B., Wæver, O., & De Wilde, J. (1998). *Security: A new framework for analysis*. Lynne Rienner Publishers.
- Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Greenberg, M. T. (2009). Protective families in high-and low-risk environments: Implications for adolescent substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 114-121.
- Crawford, L. A. & Novak, K. B. (2002). Parental and peer influences on adolescent drinking: The relative impact of attachment and opportunity. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12, 1-26.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27(6), 1009-1023.

- Glantz, M. D., & Hartel, C. R. (2002). *Drug abuse: Origins and interventions*. American Psychological Association, Washington D.C.
- Hee Shin, D. (2010). The Effects of Trust, Security and Privacy in Social Networking: A Security-based Approach to Understand the Pattern of Adoption. *Interacting with Computers*, 22(5), 428-438.
- Henriques, Gregg (2013). *Happiness Versus Well-Being*, Retrieved on: <https://www.psychologytoday.com/blog/theory-knowledge/201302/happiness-versus-well-being>.
- Johnson, V. & Pandina, R. J. (1991). Effects of the family environmental on adolescent substance use, delinquency and coping styles. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 17, 71-88.
- Kuendig, H., & Kuntsche, E. (2006) Family bondig and adolescent alcohol use: Moderating effect of living with excessive drinking parents. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 464-471.
- National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents*. NIH Publication No. 04-4212(A).
- Rego, A. & Cunha, M. A. (2006). *Five-Dimensional Model of Organizational Justice*. Documentos de Trabalho em Gestão, Universidade de Aveiro, DEGEI.
- Rischel, J. (2007). "Evidence-Based Prevention Practice in Mental Health: What Is It and How Do We Get There?" *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 153-164.
- Spoth, R. L., Kavanaugh, K. A., & Dishion, T. J. (2002). Family-centered preventive intervention science: Toward benefits to larger populations of children, youth, and families. *Prevention Science*, 3(3), 145-152. DOI: 10.1023/A:1019924615322.

Archive of SID